

IL SENSO DELL'ANAMNESI E DELL' ESAME OBIETTIVO AL TEMPO DELLA TECNOMEDICINA

MARIA STELLA GIOVANNINI

U.O. Medicina Interna. Ospedale di Manerbio

ASST Garda

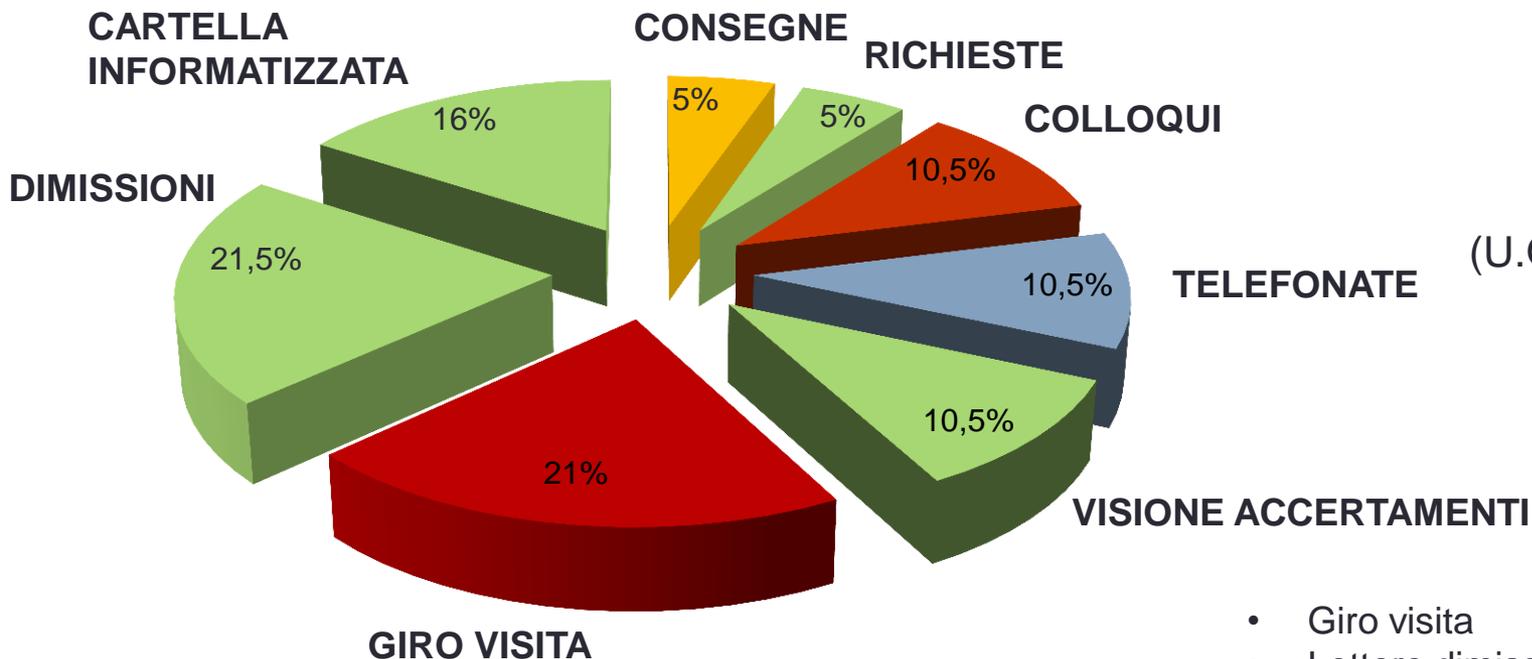
LA GIORNATA DEL DOTTORE

- ore 8.00: consegne della notte
- ore 8.30-9.00:
briefing con colleghi e caposala
 - *work-up* diagnostico
 - valutazione delle possibili dimissioni
- ore 9.30- 10.30:
stesura lettere di dimissione
- ore 10.30-11.00:
valutazione delle terapie
- 11.00-13.00:
giro visita (computer portatile), colloqui ,
telefonate, nuovi ingressi da PS
- Turno pomeridiano (14-18.30)
 - presa visione degli accertamenti
 - conferma o meno delle terapie
 - sollecito refertazioni
 - telefonate (centro servizi, assistenti sociali, specialisti, altre strutture)
 - riordino della documentazione
 - «controgiro» pomeridiano

LA GIORNATA DEL DOTTORE



(U.O. Medina Generale)



GIRO VISITA 2 ore/15 pz = 8 minuti/pz

➤ **Si sta più del 50% davanti al computer**

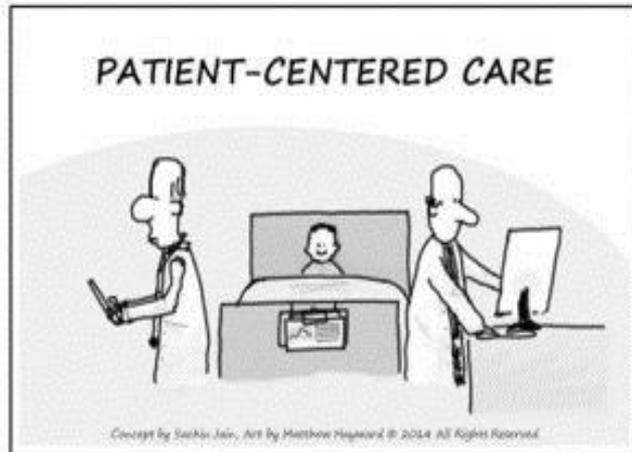
- Giro visita 120 min
 - Lettere dimissione 120 min
 - Cartella informatizzata 90 min
 - Colloqui 60 min
 - Telefonate 60 min
 - Visione accertamenti 60 min
 - Richieste accertamenti 30 min
 - Consegne 30 min
- Tot. 570 min

IN SINTESI:



la maggior parte del “lavoro medico ospedaliero” oggi si svolge lontano dal paziente, in studio, davanti al computer.

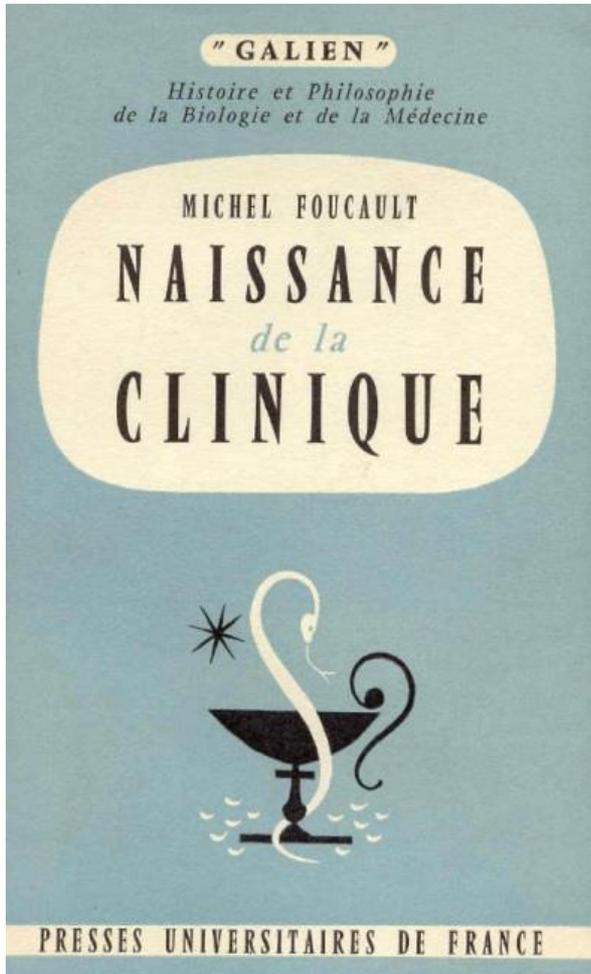
Il medico che guarda lo schermo del computer piuttosto che il paziente è diventato un *clichè* culturale



...nonostante l'enfasi sulla “cura centrata sul paziente” il paziente non è al centro delle cose.

...al centro sono i menù a tendina, le liste di tasti da premere per dare risposte chiuse, compilazione di fatti con scarso senso clinico e critico

LA NASCITA DELLA CLINICA



Nella stagione dell'illuminismo e della rivoluzione dall'anatomia patologica negli ospedali parigini:
un nuovo «sguardo medico»

Michel Foucault
1963



Leopold Auenbrugger 1722-1809 y su *Inventum Novum*

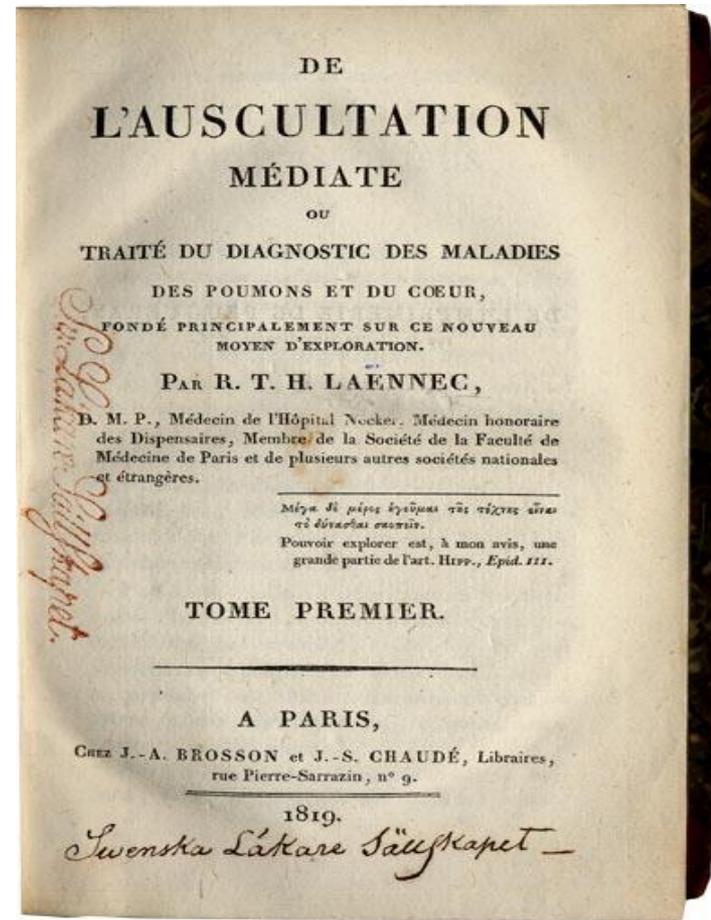
Leopold Auenbrugger 1722-1809

- sonus alterior (alto o timpanico)
- sonus obscurior (suono indistinto)
- sonus carnis percussae (suono ottuso)



Jean-Nicolas Corvisart 1755-1821

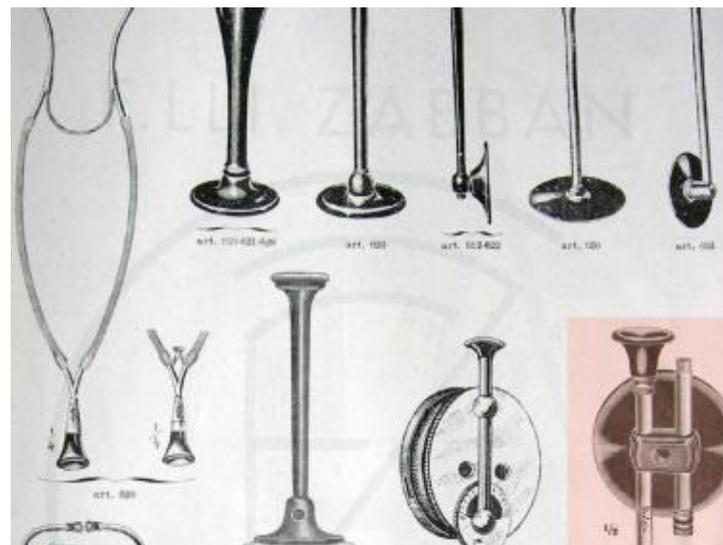
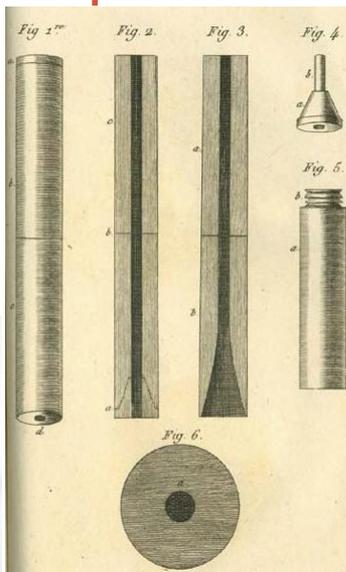
Medico di Napoleone



Renè Laennec
(1781-1826)

descrisse le variazioni dei suoni respiratori udibili attraverso le vie aeree e il tessuto polmonare e conio i termini 'pettoriloquia', 'murmure' 'crepito', 'sibili'

L'evoluzione dello stetoscopio



L' Ottocento: secolo della DIAGNOSI

- Ricerca della **obiettività dei segni**
- La fioritura degli **eponimi**
- Lo scopo del medico è raggiungere una diagnosi precisa attraverso la **semeiotica**
- La storia narrata dal paziente è considerata inaffidabile e confondente
- **Nichilismo terapeutico** corrente medica che considerava trattamento di elezione l'astensione da qualsiasi intervento terapeutico

«Meglio non prescrivere nulla che prescrivere qualcosa di dubbio»

(Gabriel Andral 1797-1876)



Holmes e Watson, illustrazione di Sidney Paget

«E' un errore enorme teorizzare a vuoto. Senza accorgersene, si comincia a deformare i fatti per adattarli alle teorie, anziché viceversa» (A. Conan Doyle, «uno scandalo in Boemia»)

«Il mondo è pieno di cose ovvie che nessuno si prende mai la cura di osservare» (a. Conan Doyle «Silver Blaze»)



Il metodo clinico

Augusto Murri (1841-1932)

- combina il metodo sperimentale ed il metodo logico-induttivo
- capacità critica e messa in discussione delle conclusioni

Nella clinica come nella vita, bisogna avere un preconcetto, uno solo, ma inalienabile il preconcetto che tutto ciò che si afferma e che par vero può essere falso.

OSSERVAZIONE
EMPIRICA



IPOTESI



VERIFICA

L'insegnamento al letto del paziente



William Osler
Johns Hopkins Hospital a
Baltimore

WILLIAM OSLER (1849-1919)

- Padre della medicina clinica.

Presso il Johns Hopkins Hospital a Baltimora introdusse la ***medical residency*** formazione degli studenti in medicina

- Ha radicalmente cambiato il metodo di insegnare la medicina.

L'insegnamento al letto del paziente



William Osler
Johns Hopkins Hospital a
Baltimore

WILLIAM OSLER (1849-1919)

Come epitaffio avrebbe desiderato:

“Portò gli studenti di Medicina nelle corsie per insegnare al letto dei malati”

“Ascolta il paziente; ti sta dicendo la diagnosi”

“Colui che studia medicina senza libri naviga in un mare non ben delineato, ma chi studia medicina senza paziente al mare non ci è mai stato”

Il Novecento

- Medicina di laboratorio, la microbiologia
- W. Conrad Rontgen, i raggi X (1895)
- Willem Einthoven, ECG (1903)
- Angiografia.
- Medicina nucleare
- **Sviluppo accelerato delle tecnologie dagli anni ottanta**
- TAC
- Ultrasuoni e diffusione dell'ecografia
- RMN

DIAGNOSI «REMOTA»

TECNOLOGIA DIGITALE



XXI secolo

- Incrementa la distanza **MEDICO-PAZIENTE**
- **Paziente virtuale**

- Sfiducia nella sensibilità/specificità dell'esame obiettivo
- Incondizionata fiducia nella tecnologia
- Pressione dei tempi di lavoro
- Pazienti sempre più anziani e polipatologici
- Adesione delle linee guida
- Analisi della spesa sanitaria
- «medicina difensiva»

“La salute è una pianta rara di cui i medici non sono ancora arrivati a distruggere la specie.”

Pierre Véron



Prevalenza di insoddisfazione e «burn out»



fiducia incondizionata negli esami strumentali

Sfiducia nelle abilità del medico «medicina difensiva»



Necessità di recuperare un dialogo faccia a faccia con i pazienti, infermieri e colleghi



...dove sono tutti?? chi è il responsabile??



Culture Shock — Patient as Icon, Icon as Patient

Abraham Verghese, M.D.

«i-patient»

N Engl J Med 2008,
359: 2748-51

A COSA STIAMO RINUNCIANDO ?

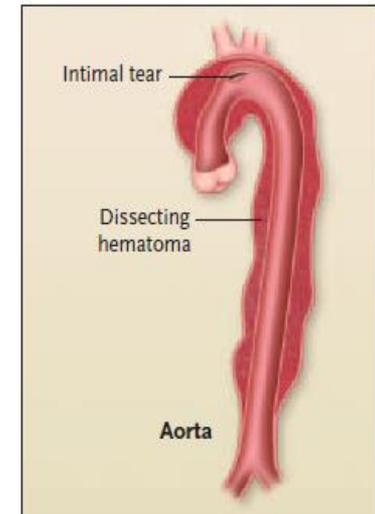
- DIAGNOSI SEMPLICI
- ORIENTAMENTO DIAGNOSTICO → ingiustificata richiesta di accertamenti strumentali che ci allontanano dal vero problema.
- OTTIMIZZAZIONE DELLE RISORSE
- ABILITA' di eseguire un buon E.O.

BECOMING A PHYSICIAN

The Demise of the Physical Exam

Sandeep Jauhar, M.D., Ph.D.

N Engl J Med 2006; 354: 548-551



A COSA STIAMO RINUNCIANDO ?

- ❖ *«RITUALE» che valida medico e paziente in due ruoli precisi e distinti*
- ❖ *«RITUALE» che rinnova un rapporto di fiducia*
- ❖ *«RITUALE» ripetitivo, in grado di ridurre l'ansia e alleviare sofferenze*
- ❖ *«RITUALE» come possibilità di TRASFORMAZIONE*
- ❖ *«RITUALE» in grado di curare là dove non arrivano le medicine*

Culture Shock — Patient as Icon, Icon as Patient

Abraham Verghese, M.D.

N Engl J Med 2008, 359: 2748-51

Ritorno all'esame obiettivo



- Adeguatezza della tecnica
- Insegnamento e valutazione delle capacità
- Il *mentoring* in Medicina

L'esame obiettivo può essere sostituito dalla tecnologia?

- Esame obiettivo **come generatore di ipotesi**
- Esame obiettivo **come guida ad indagini mirate**
- Esame obiettivo **come rituale** che crea un legame tra medico e paziente

Quale anamnesi ?

- AF, APR, anamnesi farmacologica, anamnesi sociale (archiviazione e facile recupero di informazioni grazie a supporti informatici)
- Non limitarsi a domande con risposte chiuse
- Ascoltare il paziente, non interromperlo dopo 14 secondi. Il paziente racconta la sua storia.
- Considerare la persona, con i suoi valori, le sue priorità, le sue preoccupazioni
- Formulazione di ipotesi diagnostiche e terapeutiche
- Le scale di valutazione, i numeri, le linee guida vengono dopo.





Stanford25 Skills Symposium

Promoting the Culture of Bedside Medicine

Editorials represent the opinions of the authors and not necessarily those of the *BMJ* or BMA

For the full versions of these articles see bmj.com

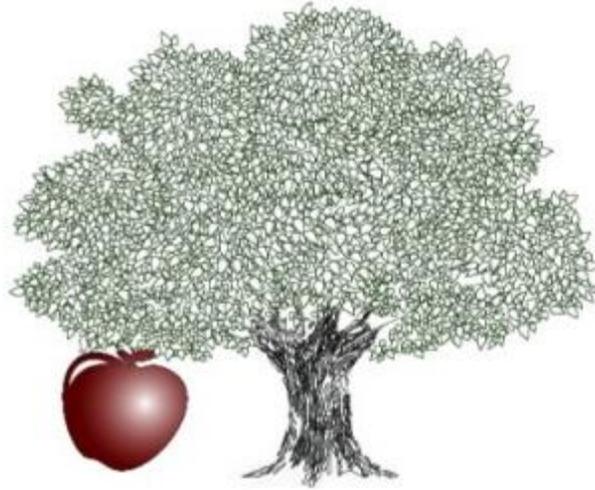
EDITORIALS

In praise of the physical examination

It provides reason and ritual

*Verghese A , Horwitz RI
BMJ 2009; 339: b5448*

Esame obiettivo oggi



Gli Stanford 25

The Stanford 25

- 1 Funduscopic examination for papilloedema, etc, using panoptic and regular ophthalmoscopes
- 2 Examination of the pupillary responses and relevant anatomy
- 3 Examination of the thyroid
- 4 Examination of neck veins/jugular venous distension for both level (volume) and common abnormal wave forms
- 5 Examination of the lung, including surface anatomy, percussion technique, identifying upper border of the liver, finding Traube's space
- 6 Evaluation of point of maximal cardiac impulse, parasternal heave, and other precordial movements
- 7 Examination of the liver
- 8 Palpation and percussion of the spleen
- 9 Evaluation of common gait abnormalities
- 10 Eliciting ankle reflexes, including in a recumbent patient
- 11 Ability to list, identify, and demonstrate stigmata of liver disease, from head to foot
- 12 Ability to list, identify, and demonstrate common physical findings in internal capsule stroke
- 13 Examination of the knee
- 14 Auscultation of second heart sounds, including splitting, wide splitting, and paradoxical splitting
- 15 Evaluation of involuntary movements such as tremors
- 16 The hand in diagnosis: recognise clubbing, cyanosis, and other common nail and hand findings
- 17 The tongue in diagnosis
- 18 Examination of the shoulder, specifically testing for rotator cuff tears, the acromioclavicular joint etc
- 19 Assessment of blood pressure; identifying pulsus paradoxus
- 20 Assessment of cervical lymph nodes
- 21 Detection of ascites and abdominal venous flow
- 22 Rectal examination
- 23 Evaluation of a scrotal mass
- 24 Cerebellar testing
- 25 Bedside ultrasonography

**...TECNICHE DIAGNOSTICHE AL
LETTO DEL PAZIENTE...**



**DR. DELGADO'S BEDSIDE MANNER DID NOT
INSTILL CONFIDENCE IN HIS PATIENTS.**

Grazie dell'attenzione